

KEBIJAKAN HARGA OBAT DI INDONESIA DAN PERBANDINGANNYA DENGAN NEGARA-NEGARA LAIN

Selma Siahaan¹

ABSTRACT

Indonesia is facing challenge of medicines prices. Many people complaining about high price of medicines. Several efforts have been done by the government, however access people to the medicines is still a big issue. To improve the affordability of medicines for public, the policy related to the medicines prices need to be revised. In addition, the appropriate of this policy would lead to the efficient of medicines expenditure. Study from other countries experience is a good way to do in order to understand the issues comprehensively, anticipate the pitfall of the policy, and address to solve the key problems of medicines prices. Based on the study, it can be concluded that medicines prices cannot be lower without government intervention. Indonesia that following to the market mechanism for medicines prices can intervene the price indirectly through several policies such as providing reference prices and pharmaco-economic evaluation for new drugs, oblige pharmacy industries to be transparent in term of their policy for fixing the medicines prices in the market, limited "mee too" medicines, adding the item number of generic medicines, and keep promoting the use of generic medicines which connecting with incentives for physicians and pharmacies. Furthermore, the management of public medicines should be more efficient and accountable.

Key words: medicines prices, medicines prices policy, medicines prices expenditure

PENDAHULUAN

Kebijakan harga obat erat hubungannya dengan akses masyarakat terhadap obat. Berbagai model kebijakan harga obat dari berbagai negara sangat menarik untuk dipelajari dan dikaji, tetapi intisari dari berbagai model tersebut akhirnya tetap berakhir kepada pertanyaan apakah kebijakan harga obat yang ada sudah mendekatkan akses masyarakat terhadap obat, yang implikasinya adalah akses terhadap pelayanan kesehatan. Oleh karena itu kebijakan harga obat merupakan bagian penting dari reformasi sektor kesehatan, terlebih mengingat komponen belanja obat di Indonesia sudah berkisar 40% dari belanja kesehatan (WHO, 2006).

Secara umum kebijakan harga obat dapat dibagi menjadi dua, yaitu kebijakan harga obat pada negara-negara (umumnya negara maju) yang sudah mempunyai sistem asuransi kesehatan nasional yang telah berjalan baik, contohnya: Australia, Jepang, Jerman, dan lain-lain. Kemudian yang kedua adalah negara yang mempunyai sistem asuransi kesehatan nasional yang baru (belum) dikembangkan, seperti

Indonesia, Malaysia dan India. Sistem asuransi kesehatan memungkinkan pemerintah atau pihak asuransi untuk mengatur harga obat, sehingga industri farmasi dalam menetapkan harga jual obat harus selalu berkompromi dengan pihak pemerintah atau pihak ketiga lain (Sweeny Kim, 2005).

Kebijakan harga obat di Indonesia sampai saat ini masih mengacu kepada mekanisme pasar, sehingga di pasaran dapat terlihat bahwa obat yang berbeda nama, tetapi kandungan zat berkhasiat sama atau untuk obat yang sama, dapat terjadi perbedaan harga yang cukup bermakna. Hasil studi dari Badan Litbang memperlihatkan bahwa harga amoksisilin *branded* harganya jauh lebih mahal sampai 10 kali lipat dari amoksisilin generik, padahal obat tersebut telah habis masa berlaku patennya. Contoh lainnya Ciprofloxacin *branded* di rumah sakit A, harganya dapat 2 kali lipat dari di rumah sakit B walaupun Ciprofloxacin tersebut berasal dari satu pabrik dan kedua rumah sakit tersebut berdomisili di Jakarta. Di sini terlihat bahwa kebijakan harga obat yang mengacu kepada mekanisme pasar menempatkan posisi obat yang

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Badan Litbangkes Depkes RI, Jl. Percetakan Negara 23, Jakarta
Korespondensi: E-mail: selmasiahaan@yahoo.com

sama dengan barang komoditi lainnya seperti sembako dan barang industri lain. Harga sembako bahkan relatif lebih seragam dari pada harga obat, padahal obat merupakan komoditi khusus yang berperan penting untuk kesehatan dan keselamatan manusia. Di samping itu penggunaan obat membutuhkan pengarahan yang profesional dari sumber daya manusia yang memiliki kompetensi khusus seperti dokter dan apoteker, hal ini menunjukkan adanya asimetri informasi antara pemakai obat (pasien) dan penyedia obat. Di samping itu, sama seperti negara-negara berkembang pada umumnya masyarakat di Indonesia sebagian besar masih harus membeli obat dengan biaya sendiri sepenuhnya, sehingga masalah harga obat merupakan masalah yang wajib diselesaikan oleh pemerintah (WHO, 2006).

Bila dibandingkan dengan belanja obat di negara lain, belanja obat di Indonesia yang sudah berkisar sekitar 40% termasuk biaya yang tinggi. Sebagai ilustrasi belanja obat di Jepang sekitar 19% dan di Jerman sekitar 15% dari total belanja kesehatan (Simoens Steven, 2009; Schreyögg Jonas, 2004). Bila mengacu kepada negara-negara maju, tergambar bahwa kebijakan sistem kesehatan mereka mengarah kepada "*cost containment policy*" termasuk efisiensi penggunaan obat dalam sistem pelayanan kesehatan, sehingga seleksi penggunaan obat dalam sistem pelayanan kesehatan sudah mulai mengadopsi pendekatan farmako-ekonomi. Indonesia belum mengadopsi evaluasi farmako-ekonomi tersebut. Walaupun sudah mulai ada reformasi kebijakan harga obat tetapi belum secara sistemis, baru kebijakan sepotong-sepotong sebagai respon terhadap permasalahan harga obat yang timbul.

Tulisan ini bertujuan untuk memotret dan mengkaji kebijakan harga obat di Indonesia beserta implikasinya dengan mengacu kepada beberapa masalah dan *evidence based* yang berhubungan dengan kebijakan harga obat. Selain itu untuk mendapat *lesson learned* dari negara lain sehingga dapat membantu pemahaman lebih baik terhadap implikasi kebijakan terkait harga obat dan sebagai masukan agar masalah yang terjadi di negara lain tidak terjadi di sini.

KEBIJAKAN HARGA OBAT DI INDONESIA

Direktorat Jendral Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan (DirJen

YanFar DepKes) merumuskan, bahwa kebijakan harga obat di Indonesia mengacu kepada Kebijakan Obat Nasional (KONAS), sebagai berikut (DirJen Yanfar, 2006):

1. Obat harus diperlakukan sebagai sarana Pelayanan Kesehatan.
2. Aspek teknologi dan ekonomi obat harus diselaraskan dengan aspek sosial dan kesehatan.
3. Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan, keterjangkauan dan pemerataan obat esensial yang dibutuhkan masyarakat. Pemerintah juga wajib melaksanakan pembinaan, pengawasan dan pengendalian obat.
4. Masyarakat berhak mendapatkan informasi obat yang benar, lengkap dan tidak menyesatkan.

Dalam rangka mengimplementasikan kebijakan tersebut di atas, maka DirJen YanFar DepKes juga membuat strategi yaitu (DirJen Yanfar, 2006):

1. Ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat esensial
2. Rasionalisasi harga obat dan pemanfaatan obat generik
3. Penyusunan peraturan yang tepat untuk menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat
4. Penerapan DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional) dalam setiap upaya pelayanan kesehatan
5. Penerapan pelayanan kefarmasian yang baik
6. Penyempurnaan dan pengembangan berbagai standar dan pedoman pengadaan obat di sarana kesehatan yang mengacu pada DOEN.

Strategi tersebut di atas kemudian ditindaklanjuti oleh langkah-langkah operasional yang antara lain adalah sebagai berikut (DirJen Yanfar, 2006):

- Menetapkan ketentuan bahwa semua sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah harus menggunakan obat generik, baik untuk pelayanan kesehatan dasar, pelayanan rujukan di Rumah Sakit, Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin dan Pelayanan Kesehatan Haji.
- Harga obat generik ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, dengan perhitungan harga yang serasional mungkin.

Jauh sebelum adanya KONAS, maka kebijakan harga obat di Indonesia juga telah diatur dalam Undang-Undang No. 7 tahun 1963 tentang Farmasi, pada penjelasan pasal 5 mengatakan bahwa "sesuai

dengan jiwa Undang-undang Pokok Kesehatan Pemerintah berusaha tercapainya penyebaran obat yang luas dan merata dengan harga yang serendah-rendahnya. Yang dimaksud dengan "harga obat serendah-rendahnya" ialah harga yang ditetapkan serendah mungkin atas dasar perhitungan mengindahkan kelangsungan produksi.

Beberapa peraturan terakhir yang berhubungan dengan kebijakan harga obat adalah:

1. SK MenKES No. 336/MenKES/SK/V/2006 tentang harga obat generik yang mengalami penurunan HNA (harga netto apotek) sampai dengan ± 70 dan diberlakukannya satu harga obat untuk pelayanan kesehatan dasar untuk seluruh rayon yang ada di Indonesia
2. SK MenKES No. 069/MenKES/SK/II/2006 tentang pencantuman Harga Eceran Tertinggi (HET) pada label obat
3. Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan No. 314/MenKES/SK/V/2006 tentang pedoman pelaksanaan pencantuman nama generik pada label obat.

Di samping itu Indonesia sebagai negara yang mengadopsi *Trade-Related aspects of Intellectual Property Rights* atau *TRIPS agreement* yang implikasinya untuk dunia farmasi adalah bahwa untuk penggunaan obat original yang masa patennya masih berlaku, akan ada biaya yang harus ditanggung oleh pihak lain dan masyarakat untuk membayar royalti dari hak paten tersebut yang umumnya dibebankan pada harga obat. Oleh karenanya harga obat original atau "me too" original yang hak patennya masih berlaku, harganya lebih mahal dari obat-obat yang masa hak patennya telah habis.

KEBIJAKAN HARGA OBAT DI NEGARA-NEGARA LAIN

Australia

Di Australia kebijakan obat publik di fasilitasi melalui *Pharmaceutical Benefit Scheme* (PBS). Seluruh obat publik diadakan oleh PBS dan disalurkan kepada publik melalui *National Health Insurance* (*Medicare*). Management PBS dipayungi oleh Departemen Kesehatan Australia. Jumlah obat yang dicakup oleh *Medicare* sekitar 75% dari obat resep yang ada di Australia. Data obat-obat publik baik generik maupun *branded* (termasuk yang masih dilindungi patent)

beserta harganya dipublikasi secara berkala oleh PBS. Setiap orang Australia yang memiliki *medicare* hanya membayar 3.70 AUD per resep untuk mendapatkan obat resep, karena disubsidi oleh pemerintah melalui PBS. *Medicare* mencakup hampir seluruh masyarakat Australia (Sweeny Kim, 2005).

Lebih jauh lagi organisasi PBS terdiri dari PBAC (*Pharmaceutical Benefit Advisory Committee*), yaitu badan yang menelaah dan merekomendasikan obat yang dapat masuk ke list obat PBAC dan PBPA (*Pharmaceutical Benefit Pricing Authority*) yang merekomendasikan harga-harga yang tercantum pada list obat PBS. Salah satu kebijakan PBS yang populer adalah menjaga variasi harga antara obat generik dan obat *branded* tersebut tidak berbeda jauh. Setiap usulan obat baru untuk dicantumkan dalam list PBS harus berdasarkan evaluasi ekonomi (farmakoekonomi) secara transparan yang berpedoman kepada *guidelines* yang diterbitkan oleh PBS yaitu "*procedures and methods*".

Sistem PBS diakui secara internasional merupakan kebijakan yang baik, dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap obat. Oleh karena sistem PBS tersebut maka harga obat di Australia relatif lebih murah bila dibandingkan dengan negara maju lain seperti di Amerika, dan di Eropa terutama untuk obat-obat generik dan obat-obat *branded* "me too". Demikian juga biaya operasional industri farmasi di Australia lebih rendah, hal ini terutama karena sistem PBS menyebabkan biaya periklanan obat yang rendah.

Jepang

Di Jepang untuk mengontrol harga obat dilakukan melalui *social insurance schemes* dengan pembatasan *reimbursement* obat resep. Untuk kebijakan harga obat yang rasional, pemerintah Jepang meningkatkan kebijakan obat generik. Agar penggunaan obat generik dapat diterima dengan baik oleh semua pihak, maka pemerintah memberikan *incentive* bagi semua pihak yang menggunakan obat generik. Jepang menerapkan kebijakan harga obat dengan sistem referensi harga. Bila pasien membeli obat *branded* original yang sudah pasti harganya di atas referensi harga yang berlaku maka pasien harus membayar selisih harga antara harga obat *branded* original tersebut dengan harga yang tertera pada referensi harga karena asuransi hanya memberi pengganti sejumlah uang yang sesuai

dengan harga referensi. Bila pasien menggunakan obat generik maka hanya dikenakan *co-payment* yang kecil atau bahkan tidak ada sama sekali. Dokter yang mengizinkan substitusi obat yang diresepkan dengan obat generik diberikan *incentive* 20 yen per resep, sementara itu apoteker yang melakukan substitusi obat generik akan memperoleh *incentive* 40 yen per resep, dan bahkan 100 yen per resep bila apoteker dapat menjelaskan dengan baik mengenai manfaat obat generik.

Sistem referensi harga juga diberlakukan untuk seleksi obat dan penetapan harga obat-obat baru. Seleksi dan penetapan harga obat baru berdasarkan aspek efektif dan keamanan obat, untuk kemudian dibandingkan dengan obat sejenis yang sebelumnya telah ada di pasar. Bila obat baru tersebut ternyata terbukti lebih efektif dan lebih aman maka harga obat ditetapkan lebih tinggi dari obat-obat yang sudah ada. Jika obat baru tersebut belum memiliki obat sejenis di pasar, maka penetapan harga obat berdasarkan biaya produksi pabrik dan membandingkan dengan harga obat yang sama di negara lain (US. House of Representatives, 2001).

Malaysia

Seperti di Indonesia, Malaysia juga menerapkan ekonomi pasar untuk kebijakan harga obat. Hasilnya adalah harga obat di Malaysia dapat dikatakan mahal. Setiap tahun pemerintah Malaysia mengalokasikan anggaran obat untuk memenuhi kebutuhan obat di rumah sakit pemerintah. Pasien yang berobat ke rumah sakit pemerintah akan memperoleh obat secara gratis atau dengan biaya yang sangat rendah. Akan tetapi penelitian yang diadakan oleh Babar, *et al.* (2006) memperlihatkan bahwa ketersediaan obat di rumah sakit pemerintah (sektor publik) hanya berkisar 40%. Berkaitan dengan hal tersebut dan juga disebabkan lamanya waktu tunggu, maka 37% pasien berobat dan membeli obat berpindah ke rumah sakit swasta dan 42% ke apotek swasta dengan uang mereka sendiri. Di samping itu masih banyak masyarakat yang tidak dapat membeli obat disebabkan mahalnya harga obat.

Dari tahun ke tahun belanja obat pemerintah naik secara signifikan, tahun 1995 belanja obat 200 juta ringgit malaysia, pada tahun 2006 sudah menjadi 800 juta ringgit malaysia. Di samping itu, Malaysia juga masih menghadapi banyak masalah akses masyarakat terhadap obat.

Situasi Malaysia mirip dengan Indonesia, di mana obat yang sama, harga dapat berbeda jauh antara satu tempat dengan tempat lainnya. Dalam hal peraturan, Indonesia sedikit lebih maju karena sudah memiliki kontrol harga terhadap 153 item obat generik, di Malaysia tidak ada sama sekali kontrol pemerintah terhadap harga obat. *Marked up* harga obat untuk obat generik bahkan lebih tinggi dari *marked up* harga obat untuk obat *branded inovator* (Babar *et al.*, 2006; Akmal Shafie Asrul *et al.*, 2008).

Filipina

Sekitar 15 tahun yang lalu situasi harga obat di Filipina mirip dengan Indonesia dan Malaysia, bahkan lebih parah karena harga obat yang sangat mahal. Saat itu akses masyarakat secara baik terhadap obat hanya berkisar 30%. Walaupun saat itu sudah ada kebijakan obat generik tetapi cakupannya hanya berkisar 5%. Industri farmasi dikuasai oleh kepemilikan asing. Dari 29 perusahaan farmasi, hanya 6 perusahaan yang dimiliki oleh warga negara Filipina.

Situasi di atas mulai berubah ketika *National Health Insurance* mulai diimplementasikan pada tahun 1995. Belanja obat pasien di tanggung oleh asuransi yang dimiliki pemerintah. Pihak asuransi menyusun sendiri daftar obat yang ditanggung. Cakupan *National Health Insurance* tersebut saat ini sudah mencapai sekitar 70% dari penduduk Filipina.

Walaupun demikian, masalah akses masyarakat terhadap obat masih dihadapi oleh Filipina. Ketersediaan obat-obat yang tercantum pada *National Drug Formulary* hanya berkisar 60% untuk sektor publik dan harga obat masih mahal. Keberadaan *National Health Insurance* tidak berdampak pada penurunan harga obat. Untuk mengatasi hal tersebut, sejak tahun 2000 pemerintah bekerja sama dengan *Phillipine International Trading Corporation* (PITC) mengimpor obat murah dari luar negeri untuk dijual lagi kepada rumah sakit pemerintah dan apotek dengan harga murah. Kemudian pada tahun 2008, pemerintah mengeluarkan "*The Republic Act 9502*" yang dikenal dengan "akses terhadap obat berkualitas dengan harga lebih murah". Peraturan baru tersebut diasumsikan akan dapat menurunkan harga obat secara alami. Isi dari peraturan tersebut antara lain adalah menguatkan peran pemerintah dalam hal impor obat murah, pengaturan harga obat, menghimbau dokter untuk penulisan resep obat generik yang dihubungkan dengan pemberian *incentive* dalam

bentuk material kepada dokter yang menulis resep generik (Mirandah Gladys, 2008).

India

India memiliki reputasi sebagai negara yang memproduksi obat generik *branded* dengan sangat efisien. Harga obat esensial tidak boleh lebih dari 2 kali biaya produksi. Oleh karena itu, harga obat di India relatif lebih murah di antara harga obat di negara berkembang lain. Di samping itu India juga merupakan salah satu negara yang memproduksi obat terbesar di dunia. Oleh karena itu hampir semua negara di dunia mengimpor obat dari India. Lebih kurang 70% obat yang ada di Afrika berasal dari India. Akan tetapi ironisnya, 50–80% masyarakat di India tidak punya akses yang baik terhadap obat. Sehingga terlihat bahwa ada gap antara produksi obat dengan akses masyarakat terhadap obat.

Di India, masyarakat yang membeli obat di rumah sakit pemerintah memperoleh obat secara gratis. Akan tetapi karena ketersediaan obat di rumah sakit pemerintah terbatas, maka masyarakat terpaksa harus membeli obat di fasilitas kesehatan swasta dengan harga yang relatif mahal. Sekitar 80% masyarakat di India harus membeli obat dengan uang mereka sendiri, oleh karena itu harga obat masih merupakan masalah di India.

Pada tahun 2007 pemerintah membuat kebijakan mengenai harga obat untuk sektor publik, yaitu sektor publik harus membeli 102 jenis obat dari industri farmasi milik pemerintah dengan harga khusus (murah). Dengan kebijakan ini diharapkan ketersediaan obat di sektor publik akan meningkat (Kotwani Anita *et al.*, 2007).

PERSPEKTIF WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) TENTANG KEBIJAKAN HARGA OBAT

WHO telah mendeklarasikan bahwa akses masyarakat terhadap obat merupakan bagian yang tak terpisahkan dari pelayanan kesehatan. Lebih jauh lagi, akses terhadap obat merupakan hak masyarakat untuk hidup sehat. Akses terhadap obat esensial yang baik akan memberikan masyarakat kehidupan yang sehat, aman dan berkualitas, terutama bagi masyarakat miskin dan yang tidak beruntung. Situasi saat ini memperlihatkan bahwa masyarakat terus menderita dan bahkan mati karena kurangnya akses terhadap obat (WHO, 2008).



Sumber: *WHO Perspective on Medicines Prices and Policies (2008). Presented on Meeting of Drug Board on Medicines Prices and Policy. Islamabad.*

Akses terhadap obat berdasarkan kerangka konsep WHO.

Sehubungan dengan *TRIPS agreement*, WHO mendeklarasikan, bahwa pemberlakuan hak paten bagi obat baru haruslah di tinjau dari aspek kesehatan masyarakat luas. Karena banyak obat baru yang dibutuhkan masyarakat telah dikembangkan. Akan tetapi apakah obat paten tersebut dapat diakses oleh masyarakat, mengingat pemberlakuan hak paten pada obat baru tersebut membuat harga obat baru tersebut tinggi. Hak paten jangan semata-mata hanya berpihak kepada interes pihak yang menemukan obat baru tersebut. Di dalam TRIPS haruslah ada beberapa fleksibilitas yang menjaga kepentingan orang banyak. Sedapat mungkin negara yang mengadopsi TRIPS haruslah memanfaatkan fleksibilitas tersebut yang dilindungi oleh *National Legislation* negara yang bersangkutan. (WHO, 2005).

Menurut WHO reformasi kebijakan obat penting untuk meningkatkan "*equity*" melalui peningkatan akses dan daya beli obat esensial oleh masyarakat miskin. Situasi saat ini, sampai separuh dari masyarakat yang hidup di negara berkembang kurang memiliki akses terhadap obat. Di negara berkembang, sampai $\pm 80\%$ masyarakat membeli obat dengan uang mereka sendiri. Oleh karena itu pemerintah berkewajiban untuk mengatur harga obat baik secara langsung atau tidak langsung agar akses masyarakat terhadap obat lebih baik. Di samping itu reformasi kebijakan harga obat juga bertujuan untuk menjadikan sistem kesehatan nasional lebih efisien dan "*equitable*". Kebijakan obat nasional seharusnya dievaluasi setiap 2 tahun sekali. Di samping itu harus dilakukan juga monitoring dan pelaporan secara rutin terhadap obat

publik, peningkatan efisiensi dalam pembiayaan dan distribusi obat, terus-menerus mempromosikan penggunaan obat generik, membatasi “*marked up*” harga obat serta menghilangkan pajak dan cukai dari komponen harga obat (WHO, 2008).

DISKUSI

Dapat dilihat bahwa kebijakan harga obat di Indonesia baru bersifat acuan-acuan yang harus mendasari kebijakan obat, dan baru beberapa yang telah dituangkan dalam kebijakan teknis. Walaupun Indonesia sudah lama memiliki Kebijakan Obat Nasional, tetapi masalah harga obat belum menjadi prioritas, dan baru pada revisi KONAS tahun 2006 harga obat mulai lebih diprioritaskan. Selama 3 tahun terakhir, beberapa surat keputusan Menteri Kesehatan yang terkait harga obat juga telah dikeluarkan yang terlihat sebagai bagian dari reformasi kebijakan harga obat. Akan tetapi bila kita cermati kebijakan-kebijakan baru tersebut tampak hanya merespon sesaat situasi mahalannya harga obat di Indonesia, dan belum menyentuh akar permasalahan dari harga obat yang sesungguhnya. Lebih jauh lagi, belum ada dasar hukum bagi pemerintah untuk pengaturan harga obat secara langsung.

Pada beberapa negara maju seperti Inggris, Canada dan Belanda menggunakan pendekatan pengaturan harga obat secara langsung. Hal ini disebabkan pemerintah ingin menjamin hak masyarakat dalam hal akses terhadap obat. Beberapa negara yang menganut pendekatan pasar untuk harga obat menggunakan pengaturan harga obat secara tidak langsung, contohnya Australia dengan penerapan evaluasi farmakoekonomi untuk obat baru, dan Jepang dengan pembatasan *reimbursement* dari Asuransi Nasional untuk obat *branded* yang harganya mahal dan *zero* atau sedikit *reimbursement* untuk obat generik.

Kerangka WHO mengenai akses terhadap obat memperlihatkan bahwa keterjangkauan harga obat harus merupakan skala prioritas bagi pemerintah. Negara-negara berkembang pada umumnya menyerahkan harga obat pada mekanisme pasar. Menurut teori pasar biaya barang dan jasa ditentukan oleh interaksi antara penjual dan pembeli dan tidak oleh intervensi pemerintah. Ternyata teori ini tidak berjalan untuk obat, karena adanya asimetri informasi antara pemakai obat (pasien) dan penyedia obat. Di samping

itu obat baru dilindungi oleh hukum yang terkait hak paten (Babar, 2007). Berkaitan hal tersebut jelas terlihat bahwa tanpa intervensi dari pemerintah harga obat akan tetap tinggi. Sehingga dapat dimengerti bahwa negara maju yang memperkenalkan sistem ekonomi pasar justru melakukan intervensi terhadap harga obat baik secara langsung maupun tidak langsung. Di samping itu, sistem asuransi kesehatan pada negara maju tersebut juga sudah berjalan dengan baik. Sebaliknya, negara yang menerapkan sistem pasar bebas seperti Indonesia, Malaysia dan Filipina memperlihatkan gambaran seperti di atas, yaitu harga obat menjadi mahal dan kurang terjangkau oleh masyarakat. Situasi yang paradoks terjadi di India. Harga obat di India termasuk harga obat yang termurah di dunia, sehingga India terkenal sebagai negara pengekspor obat. Akan tetapi akses masyarakat di India terhadap obat sangat rendah. Hal ini mungkin disebabkan sistem manajemen obat publik yang kurang transparan dan akuntabel.

Kewenangan Departemen Kesehatan untuk pengaturan harga obat sangat terbatas. Departemen kesehatan hanya dapat mengatur harga obat yang masuk dalam kategori Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang diperbarui setiap dua tahun sekali. Sampai saat ini hanya 153 jenis dari 232 jenis obat generik esensial yang harganya diatur oleh pemerintah. Di samping itu pengaturan harga obat yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan berkisar untuk obat-obat pada pelayanan kesehatan dasar. Masih banyak jenis obat esensial dan ratusan jenis obat lain yang harganya didikte oleh pasar. Reformasi penurunan harga obat generik yang dilakukan oleh pemerintah Indonesia juga belum menjawab tantangan akses terhadap obat. Setelah adanya kebijakan penurunan harga obat, ternyata obat-obat tersebut malah cenderung sukar untuk didapatkan di pasaran. Sementara itu, obat *branded* yang harganya sudah sangat tinggi, tidak tersentuh dengan reformasi kebijakan tersebut.

Mulai tahun 2004 terbit peraturan mengenai penerapan sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang mencakup sistem asuransi nasional, dikeluarkan oleh pemerintah. Demikian juga jaminan kesehatan masyarakat bagi keluarga miskin sudah berjalan lebih dari satu dekade. Seharusnya akses masyarakat terhadap obat sudah jauh lebih baik. Akan tetapi dapat kita lihat bersama, bahwa situasi di Indonesia masih jauh dari keadaan tersebut. Obat-obat tertentu

yang sangat populer diresepkan oleh dokter seperti prednison dan amoksisilin tablet 500 mg masih terbatas ketersediaannya di puskesmas, dan obat-obat *live savings* seperti dopamin dan serum yang harus tersedia di rumah sakit harganya masih cukup tinggi.

Di samping sistem pasar pada harga obat, menurut temuan Komisi Pengawas Persaingan Usaha (KPPU): "Depkes belum diberikan kewenangan dalam mengatur harga obat-obatan, khususnya obat bebas dan obat resep. yang diatur oleh undang-undang adalah kewajiban pemerintah untuk menyediakan bahan baku obat, obat-obatan, maupun peralatan kesehatan yang dibutuhkan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan". Berdasarkan hal tersebut, maka seyogianya Indonesia menggunakan sistem pengaturan harga obat secara tidak langsung.

Ada beberapa cara untuk pengaturan harga obat secara tidak langsung, antara lain adalah membuat peraturan bagi industri farmasi supaya menjelaskan secara transparan tentang sistem komponen harga obat mulai dari awal sampai akhir untuk penetapan harga obat di pasar. Selain itu, menyusun sistem referensi harga sebagai acuan untuk penetapan harga obat, menambah jumlah item obat generik yang harganya dapat diatur oleh pemerintah, mengeluarkan kebijakan untuk penerapan evaluasi farmakoeкономи bagi obat-obat baru, dan membatasi jumlah obat "me too". Upaya lain adalah mempopulerkan secara terus-menerus penggunaan obat generik serta memberikan *incentive* khusus bagi dokter dan apoteker yang memberikan pelayanan obat generik.

Kita sadari bersama, sistem yang baik tidak otomatis menyebabkan harga obat turun dan meningkatkan akses masyarakat terhadap obat. Filipina yang sudah menerapkan *National Health Insurance* dan India yang melakukan kontrol harga secara langsung sudah dengan gamblang menjelaskan hal tersebut. Sistem yang baik akan efektif bila disertai dengan manajemen obat yang baik, transparan dan akuntabel.

KESIMPULAN DAN SARAN

Secara keseluruhan dapat disimpulkan, walaupun Indonesia sudah bergerak lebih maju dalam hal kebijakan terkait harga obat, tetapi masih banyak pekerjaan rumah pemerintah untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap obat. Diperlukan adanya intervensi pemerintah terhadap harga obat

melalui peningkatan kebijakan-kebijakan yang dapat menyelesaikan permasalahan harga obat secara menyeluruh yang diterjemahkan melalui sistem pengelolaan obat yang bertanggung jawab.

DAFTAR PUSTAKA

- Akmal Shafie Asrul, 2008. Price comparison between innovator and generic medicines sold by community pharmacies in the state of Penang, Malaysia. *Journal of Generic Medicines* 6, 35–42.
- Babar Zaheer Ud Din *et al.*, 2007. Evaluating Drug Prices, Availability, Affordability, and Price Components: Implications for Access to Drugs in Malaysia. *Plos Medicines: Open Access Journal*. 27 March.
- Badan Litbang Kes, 2005. *The Prices People Have to Pay for Medicines in Indonesia*, Jakarta.
- Batangan Dennis, 2006. *Survey Report. The Prices People Have to Pay for Medicines in the Philippines*. Philippines.
- Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan DirJen YanFar, 2006. *Kebijakan Harga Obat di Indonesia dan Strategi Pemerintah untuk Meningkatkan Akses Masyarakat terhadap Obat*. Presentasi pada RTD Kajian Harga Obat di Badan LitBangKes.
- HA1 and WHO, 2003. *Medicine Prices, A New Approach to Measurement*. Geneva.
- Higuchi Michiko, 2009. *Cost, Availability and Affordability of Diabetes Care in Philippines*. Foundation of Advance Studies on International Development, Japan.
- Kotwani Anita *et al.*, 2007. Prices & availability of common medicines at six sites in India using a standard methodology. *Indian J Med Res* 125, May, pp. 645–654.
- Kotwani Anita, 2003. Report of Survey of Medicine Prices in the state of Rajasthan, *Availability, Affordability and Price Components in Rajasthan, India*.
- KPPU 2007. *KPPU Lakukan Kajian terhadap Harga Obat*.
- US. House of Representatives: Minority Staff, 2001. *Prescription Drug Prices in Canada, Europe, and Japan*. US.
- Mirandah Gladys, 2008 *Philippines: Affordable medicines for Filipinos Soon*. PMC, Connecting Asia.
- Schreyögg Jonas *et al.*, 2004. *Managing Pharmaceutical Regulation in Germany. Overview and Economic Assessment*. German.
- Siahaan Selma *et al.*, 2008. Akses Masyarakat terhadap Obat Esensial pada Unit Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Surabaya. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol. 10, No. 3. Juli.
- Simoens Steven, 2009. Developing the Japanese generic medicines market: What can we learn from Europe? *Journal of Generic Medicines* 6, 129–135.

Sweeny Kim, 2005. *Medicines Prices in Australia: an International Comparison. Working Paper No. 29.* Melbourne. September.

WHO, 2006. *Medicine Prices: A Critical Barrier to Access.* Geneva.

WHO, 2005. *WHO Perspective on Medicine Patents and FTAs.* Presented on Asia Regional Workshop on FTAs, Malaysia. August

WHO, 2008. *WHO Perspective on Medicine Prices and Policies.* Presented on Meeting of Drug Board on Medicines Prices and Policy. November. Islamabad.